ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2025 03 13	Jornada de Vacunación Jardin Infantil Portal de los Sueños	07:30 Am	

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
	Carlos Solorzano

1. Objetivo de la reunión:

Iniciar, continuar, completar Esquema de Vacunación segun población objeto y refuerzos a los menores

2. Temas a tratar:

Saludar, presentación, información cuidados postvacunales, registro, SIS Verificación carnet Aplicativo Distrital pai web, Alistamiento Biologico, lavado de Manos.

3. Desarrollo:

Ingresa el Equipo de Vacunacrón Pai Extramural a las instalacrones del Jardin infantil Portal de los sueños ubicada en la Dg 51M sur 5B 25 Barrio El Portal de la localidad Rafael Uribe Uribe para intervención de la población objeto los Auxiliares de Enfermeria. Paula Yara, Yudy Arias y Carlos Solorzano, la Compañera de Educativa. Karen Dayana cifuentes donde nos presentamos con la Jefe Camila Parra. de Educativo, Coordinadora del Jardin Nelly Vargas Nos ubican en el Tercer piso en el Area de Juegos nos prestan 3 Mesas y 5 sillas, Se inicia la jornada para iniciar, continuar y completar Esquema de población objeto iniciando por la Verifecación de Carnets originales Verificación en Pai Distrital y pai web. Se Verifican 60 carnets de los cuales 58 menores al dia, un menor Vacunado con Terceras. Polio Lote 2333010 Fecha Vencimiento 19-04-26. Penta: Lote 2853X020C Fecha Vence: 30-04-26, El Menor Madison Alexandra Pinzon con Rc: 1243861540 mama Ingrid Gomez. Se direcciona a Cohortes para programar Visita al domicilio el Sabado 15-03-25 ya que no permitieron la Vacunación en el Jardín. Se Vacunan con TD: 8 con lote 23331037C Fecha de Vencimiento 30-09-26, 24 Menores que no estan los Consentimientos ni Carnets. En total Son 84 Menores Hay en el Jardin: Maternal: 6 Menores, Caminadores: 19, Parvulos: 25, Pre Jardin A: 16 pre Jardin B: 16. Se refiere continuar con el Esquema de Vacunación, se

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2025 03 13	Jornada de Vacunación Jardin infantil Portal de los Sueños	07:30 am	

3. Desarrollo: (Continuación)

Informa sobre los cuidados postvacunales a las Docentes presentes en el momento de Vacunar se les da recomendaciones, se llena Carnets y registro en los Sis con su respectiva Educativa. Se da por Finalizada la Jornada sin ninguna novedad.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL – GESTION DE LA ATENCION FAMILIAR Y COMUNITARIA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PAI

CÓDIGO: MI-FC-FT-013
VERSIÓN: 02
FECHA: 2018-12-03

Jornada Portal Suba 18.

CENTRO DE ATENCION:	La Bella	**CARGO**	Vacunador Extramural
RESPONSABLES:	Carlos Salazar - paola yara Yimy Arias		

Señor Usuario :

1.Presente siempre el carne de vacunación.
2.Exija que el personal de servicio revise el carne de vacunación antes de aplicarle cualquier vacuna.
3.Informe al personal de vacunación si sufre de alergias o enfermedades actuales o si se encuentra en embarazo.
4.Solicite al personal del servicio de vacunación abrir el biológico o vacuna en su presencia, verifique fecha de vencimiento y que el biológico corresponda al solicitado.
5.Usted tiene derecho a estar informado de: Numero de vacuna o esquema completo de la vacunación y fecha próxima de las siguientes dosis.
6.El usuario es el principal responsable del cuidado y vigilancia durante el proceso de la aplicación de la vacuna, en caso de menores de edad el responsable será el acompañante.
7.Verifique que el personal realice un adecuado lavado de manos y/o desinfección antes de la aplicación del biológico.
8.El auxiliar de enfermería indica cuidados post – vacunales (medios físicos) y posibles reacciones post- vacunales (fiebre, dolor local, inflamación, eritema, vomito, diarrea).
9.Señor usuario tenga en cuenta los siguientes síntomas: Fiebre persistente mayor de 38°C-Llanto incontrolable por mas de 3 horas- aumento del dolor y enrrojecimiento en el sitio de la aplicación de las vacunas, somnolencia y/o convulsion, si uno de los anteriores síntomas se presenta consulte inmediatamente el servicio de urgencias mas cercano.

Consentimiento informado: Se me ha informado verbalmente y por escrito las recomendaciones que debo tener en cuenta durante y despues del procedimiento de vacunación y se me hace entrega de dicha informacion en físico.A través de este anexo se a relacionado todo con respecto al procedimiento de vacunación (beneficios, riesgos y consecuencias) y las situaciones futuras que puedan presentarse en caso de no realizarse. He tenido la oportunidad de aclarar inquietudes y manifiesto que he entendido las explicaciones brindadas.

Esta es la manera de cuidar de la salud de todos responsablemente, contamos con su participación....Muchas Gracias!

No	FECHA	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	EDAD	DIRECCION	TELEFONO	EDUCACION	FIRMA USUARIO	(Para ser diligenciada por el funcionario) INDIQUE BIOLOGICO Y DOSIS ADMINISTRADA
1	13.3.25	Colec Sanabria perez	2585127251	6 Meses	Kr 4B 61 Sur 23	3229118 959	Cuida por Hogar		Tercera
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2025 03 13	Jornada de Vacunación Jardín Infantil Portal de los Sueños	07:30AM	

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Camila Andrea Parra Duarte	Enfermera	E. Educativo	qpsubredcentrooriente@gmail.com	
Dayana Cifuentes Camargo	Auxiliar de Enfermería	E. Educativo	Dayanacifuentes.ic@gmail.com	
Yuly Ann Gomez	Auxiliar de salud	PAI		
Paola Mariela Yara	Aux. Enfermería	PAI	Paolayara1@gmail.com	
Nelly Carlos Dora	Responsable servicio	JIC Portal de los S	Jardinportal2023@gmail.com JIC portal de los sueños	